



भारत का राजपत्र

The Gazette of India

असाधारण

EXTRAORDINARY

भाग II—लाइ 3—उप-लाइ (i)
PART II—Section 3—Sub-section (i)

प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 39]

नई दिल्ली, शनिवार, फरवरी 4, 1995/माघ 15, 1916

No. 39] NEW DELHI, SATURDAY, FEBRUARY 4, 1995/MAGHA 15, 1916

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय

प्रधिकार

नई दिल्ली, 4 फरवरी, 1995

सा.का.पि. 51(ग) --केंद्रीय सरकार, मानव अंग प्रतिरोपण अधिनियम, 1994 (1994 का 42) की धारा 24 की उपधारा (1) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, निम्नलिखित नियम बनाती है, प्रथम् :--

1. संक्षिप्त नाम और प्रारंभ

(1) इन नियमों का संक्षिप्त नाम मानव अंग प्रतिरोपण नियम, 1995 है।

(2) ये राजपत्र में प्रकाशन की सारीकान का प्रयोग होगे।

2. परिमाणार्थ

(क) "अधिनियम" से मानव अंग प्रतिरोपण अधिनियम, 1994 (1994 का 42) अधिग्रहित है;

(ख) "प्रस्तु" से इन नियमों से उपायद्वारा प्रस्तु अधिग्रहित है;

(ग) "धारा" से अधिनियम की धारा अधिग्रहित है;

(घ) उन शब्दों और पर्वों के विनाश प्रयोग इन नियमों में किया गया है और जिनकी परिभाषा नहीं ही गई है विनाश जो उक्त अधिनियम में परिभाषित है, वही प्रथम होगे जो उनके उक्त अधिनियम में है;

3. मानव अंग को निकालने के लिए प्राधिकार

कोई भी वाता धार्यों द्वारा पूर्ण, प्रस्तु 1 मद में यथाधिनियमित रीति और शर्तों के संधीन अपने शरीर के किसी मानव अंग को चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए निकाले जाने का प्राधिकार दे सकता।

4. चिकित्सा ध्यवसायी के कर्तव्य

(1) रजिस्ट्रीड चिकित्सा ध्यवसायी, किसी दाग के शरीर से उसकी भूत्य के पूर्ण कोई मानव अंग निकालने के पूर्व अपना यह ममाकान कर लेगा कि--

(क) दाग में अपना प्राधिकार प्रस्तु 1 में दिया है;

(ख) दाग स्वास्थ्य की ममतिका अवस्था में है और अंग का दाग करने के योग्य है और प्रस्तु 2 में यथाधिनियमित प्रमाणपत्र पर इस्ताकार करेगा;

(ग) दाग, प्राधिकार का निकट नावेदार है और दाग तथा प्राप्तिकर्ता की मिम्मलिखित जाच करने के गम्भीर, प्रस्तु 3 में यथाधिनियमित प्रमाणपत्र पर इस्ताकार करेगा; प्रथम् :--

(घ) पंपरगत मीरमीय तकनीक का प्रयोग करके मानव प्रगति इनके संयोजना प्रणाली एवं एल एल, एच एसए-बी और एच एन ए डी आर के प्रतिजनी उत्पाद की जांच;

- (ii) एच एल ग-जी और बीगा और एच एल ए-डीजी) बीटा जीव निवेदन अंग लंबाई वाहूपता शिफ्ट करने के लिए जांच;
- (iii) बहां उपर्युक्त (i) और उपर्युक्त (ii) में निविट जांचों से दाता और प्राप्तिकर्ता के बीच मानुषिक नातेवारी सिद्ध नहीं होती है वहां कम से कम दो महीने की वाहूपता शिफ्ट करने के लिए जांच;
- (iv) बहां उपर्युक्त (iii) में निविट जांच से दाता और प्राप्तिकर्ता के बीच मानुषिक नातेवारी नहीं होती है वहां कम से कम पांच मिनिट लोकस वाहूपता शिफ्ट करने के लिए जांच।

(म) यदि प्राप्तिकर्ता दाता का परिवारपत्री है तो प्राप्तिकर्ता और दाता के इस आवश्यक कानूनी विविधत करेगा कि उनको इस रूप में नातेवारी है और प्रध्य 4 में के प्राप्तिकर्ता पर हस्ताक्षर करेगा।

(2) रजिस्ट्रीकरण चिकित्सा व्यवसायी, किसी व्यक्ति की मृत्यु हो जाने के पश्चात् उसके पारीर से किसी मानव अंग को निकालने के पूर्व अपना यह समाधान कर लेया कि—

(क) दाता ने अपनी मृत्यु के पूर्व प्रध्य 5 में यथाविनिर्दिष्ट प्रध्य में, दो या अधिक साथियों की उपस्थिति में (जिनमें से कम से कम एक व्यक्ति उसका नातेवार हो) अपनी मृत्यु के पश्चात् चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए अपने पारीर से मानव अंग निकाले जाने के लिए प्राप्ति संहरणीय रूप में प्राधिकृत किया हो और यह विश्वास करने का कोई कारण नहीं है कि दाता ने तत्पश्चात् पूर्वोंत प्राधिकार को बासर से लिया है;

(ख) उस व्यक्ति ने जिसका शब्द पर विधिपूर्ण कहा है, प्रध्य 6 या प्रध्य 7 में यथाविनिर्दिष्ट प्रमाणपत्र पर हस्ताक्षर कर दिए हैं।

(3) रजिस्ट्रीकरण चिकित्सा व्यवसायी, मरिशन मन्त्र मृत्यु वी दण में किसी व्यक्ति के पारीर से मानव अंग निकालने के पूर्व अपना यह समाधान कर लेया कि—

(क) अधिनियम की धारा 3 की उपकारा (6) में निविट चिकित्सा विषेषज्ञ शोड़ के सभी तदन्तों द्वारा प्रध्य 8 में यथाविनिर्दिष्ट प्रमाणपत्र पर हस्ताक्षर कर दिए गए हैं;

(ख) अठारह वर्ष से कम आयु के व्यक्ति की व्यक्ति संबंध मृत्यु की दण में, अधिनियम की धारा 3 की उपकारा (6) में निविट चिकित्सा विषेषज्ञ शोड़ के सभी तदन्तों द्वारा प्रध्य 8 में निविट प्रमाणपत्र पर हस्ताक्षर कर दिए गए हैं और ऐसे व्यक्ति के माता-पिता में से कि के द्वारा प्रध्य 9 में यथाविनिर्दिष्ट प्राधिकार पर हस्ताक्षर कर दिए गए हैं।

5. अंगों का परिचय

निकाला गया अंग, प्रतिरोपण के प्रयोजन के लिए जीवित-गृनितिज्ञ करने के लिए चालू और स्वीकृत वैज्ञानिक प्रक्रियों के अनुमान परिचय रखा जाएगा।

6. दाता और प्राप्तिकर्ता मानव अंग के निकाले जाने और प्रतिरोपण को अनुमोदन देने के लिए संकृत रूप से प्राधिकरण गमित को प्रध्य 10 में यथाविनिर्दिष्ट आवेदन करेंगे।

7. अस्पताल वा रजिस्ट्रीकरण

(1) रजिस्ट्रीकरण के लिए आवेदन प्रध्य 11 में यथाविनिर्दिष्ट समुचित प्राधिकारी को लिया जाएगा। आवेदन के साथ एक हजार रुपए की फीस समुचित प्राधिकारी को मंदेय बैंक ब्राफ़ या पोस्टल ग्राहर के रूप में होगी।

(2) समुचित प्राधिकारी, जांच करने के पश्चात् और अपना यह समाधान कर लेने के पश्चात् कि आवेदक ने सभी घोषणाओं का अनुगामन कर लिया है, प्रध्य 12 में विनिर्दिष्ट रूप में रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र देगा और वह जारी किए जाने की सारी बांधकांश से पांच वर्ष की अवधि के लिए विधिमात्र लोगा और वह नवीकरणीय होगा।

8. रजिस्ट्रीकरण का नवीकरण

(1) रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र के नवीकरण के लिए आवेदन, समुचित प्राधिकारी को मूल रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र की गणराजि की तारीख से तीन मास पूर्व की अवधि के भीतर किया जाएगा और उसके साथ पांच सौ रुपए की फीस समुचित प्राधिकारी को सदैय बैंक ब्राफ़ या पोस्टल ग्राहर के रूप में होगी।

(2) रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र का नवीकरण प्रक्रम (3) में विनिर्दिष्ट रूप में होगा और वह पांच वर्ष की अवधि के लिए विधिमात्र होगा।

(3) यदि, जोव विमके अंतर्गत अस्पताल का निरीक्षण और उसके पूर्व कार्यकरण की संवेदीका भी है, के पश्चात् और आवेदक को अवमर देने के पश्चात्, समुचित प्राधिकारी का यह समाधान हो जाता है कि आवेदक ने नियम 7 के उपनियम (2) के प्रधीन रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र देने के पश्चात्, अधिनियम और उसके अधीन बनाए गए नियमों की घोषणाओं और उन अतीतों का, जिनके अधीन रहे हुए रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र दिया गया है, अनुगामन नहीं किया है, तो वह उन कारणों से, जो लेन्डरद दिए जाएंगे, रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र का नवीकरण अनुदत्त करने से इकार करेगा।

9. रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र दिए जाने की जातें

इस अधिनियम के प्रधीन किसी अस्पताल को रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र तब तक नहीं दिया जाएगा जब तक कि वह निम्नलिखित मानव शक्ति उपस्कर विशेषज्ञीय सेवा और प्रमुखियाओं को पूरा नहीं करता है—

साधारण घोषणाएँ—

1. शास्त्रीय चिकित्सीय कर्मचारीवृन्द
2. हृदयरोग कर्मचारीवृन्द
3. परिचर्या कर्मचारीवृन्द
4. संचार प्रणाली
5. सघन चिकित्सा कर्मचारीवृन्द
6. चिकित्सा सामाजिक कार्यकर्ता

विभिन्न विभाग

1. सूक्ष्म जीव विज्ञान
2. कवक विज्ञान
3. विश्वति विज्ञान
4. विषाणु विज्ञान
5. मूल्य विज्ञान
6. तंत्रिका विज्ञान
7. गर्वनियाल
8. जी. आई. शास्त्र चिकित्सा
9. मिशनेतना विज्ञान

10. इमेरिंग सुविधाएं
11. बाल चिकित्सा विज्ञान
12. भौतिक चिकित्सा
13. रोग क्षमता विज्ञान
14. रुधिर विज्ञान
15. रात बैक
16. चिकित्सीय रामायन विज्ञान
17. हृदय रोग विज्ञान

प्रतिरोपणेतर कार्यक्रम वन

1. तंत्रिका विज्ञानी
2. तंत्रिका शास्त्र चिकित्सा
3. चिकित्सा धर्मीकाक
4. और अस्साल के अन्य कर्मचारी वृक्ष

प्राधारिक अपेक्षाएं :

शास्त्र त्रिया प्रसुविधाएं, संबद्ध प्रतिरोपण प्रक्रिया करने वाले ग्रावणक उपस्कर और कर्मचारी वृक्ष

प्रतिरोपण कार्यक्रम के लिए अपेक्षित अतिरिक्त उपस्कर

1. कोशिका रक्तक
2. सहायक शुक्रियों जैसे भाई औरी, धपकेन्द्री पैप और विविध सहायक युक्तियाँ, वातिल और विशुद्ध प्रचालित दोनों।
3. बलता-फिरता सी-मार्म, जीवाणु रहित शास्त्र चिकित्सा कक्ष में नेहीं ऊनक परीक्षा के लिए इमेरिंग प्रतिक्रिये
4. किसी प्रकार के सब संक्रमण का तुरंत पता लगाने के लिए बैन्ट/ ऐलट ग्राण्डी।
5. साइक्लोपोरीन स्तर माप के लिए रेडियोइम्यूनऐले।

6. पूज आई वी, अस्ट्रोलिया प्रतिज्ञी, सीएमबी, टाक्सोप्लानेमिस और अन्य कवक परीक्षण को पता लगाने के लिए नेहीं प्रयोगशाला प्रसुविधाएं।

विशेषज्ञ

(प्र) गुर्ज प्रतिरोपण

मास्टर ग्राफ संजीरी (सामान्य) या भारत या विवेण में किसी मानवताप्राप्ति केन्द्र में मास्टर ग्राफ संजीरी के पश्चात् तीन वर्ष के प्रशिक्षण महिल समतुल्य अर्हता और दल के मत्रिय सदस्य के रूप में पर्याप्त संभव में युक्त प्रतिरोपण कर्म किया हो।

(आ) यकृत और अन्य उत्तरीय अंगों का प्रतिरोपण

मास्टर ग्राफ संजीरी सामान्य या किसी स्थापित केन्द्र में मास्टर ग्राफ संजीरी के पश्चात् पर्याप्त प्रशिक्षण महिल समतुल्य अर्हता साथ ही दल के मत्रिय सदस्य के रूप में यकृत प्रतिरोपण कर्म करने की समुचित प्राप्त अनुभव हो।

(इ) हृदय कुल्क्षीय अमनी हृदय घटनी प्रतिरोपण

भारत या विवेण में एम. सी. एव. आर्डियोचोरासिक और रक्त वाहिका संजीरी या समतुल्य अर्हता जिसके पास ऐसे वल के जो प्रतिवर्ष विविहित हृदय संजीरी के पर्याप्त आपरेशन कर रहा है, मत्रिय सदस्य के रूप में तीन वर्ष का प्राप्त अनुभव है ही और जो कोरोनरी-दाई पाप संजीरी हृदय वाल्व संजीरी से सुपरिचित हो।

10. अपील

(1) ऐसा कोई व्यक्ति जो धारा 9 की उपचारा (6) के अधीन प्राधिकरण समिति के किसी आवेदा से या प्राधिनियम की धारा 15 की उपचारा (2) और धारा 16 के अधीन समुक्त प्राधिकारी के किसी आवेदन से व्यक्ति है, आदेश की प्राप्ति की तारीख से तीस दिन के भीतर केन्द्रीय सरकार को अपील कर सकेगा।

(2) प्रत्येक अपील लिखित रूप में होगी और उसके साथ उस आदेश की, जिसके विश्व अपील की गई है, प्रति संदाय की जाएगी।

[सं. एस. 12011/2/94एम. प.स.]

ओ. पी. नियम, मुख्य लेखा। नियन्त्रक

प्रकृष्ट - 1

(नियम 3 वेदिय)

मेरा/मेरी नियासी/भी/भीयती/का/की नियासी/चिकित्सीय प्रयोजन के लिए अपना अंग, अर्थात् का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी/का/की नियासी/का/की नियासी है और प्राधिनियम की धारा 2 के उन्न (i) में यथा परिभाषित मेरा निकट नातेश्वर है।

(ii) श्री/सुश्री का/की नियासी है जिसके प्रति मेरा विशेष स्नेह या संबंध है या कोई अन्य विशेष कारण से (विनिर्दिष्ट करें) श्राय का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी/का/की संदान करने की सहमति प्रदान करती/करती है।

मैं यह प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मैंने उपरोक्त प्राधिकार सहमति दिना किसी असम्बद्ध व्यापार, उत्प्रेरणा, प्रभाव, या प्रलोगन के अपनी स्वेच्छा से दिया/दी है और उपरोक्त प्राधिकार सदान के प्रयोजनों, सभी संभव जटिलताओं, तुष्टियाँ, परिणामों और विकल्पों के बारे में इस प्राधिकार वा सहमति या दोनों को देने से पूर्ण भूमि स्पष्ट कर दिया गया है।

प्रकल्प-2

[नियम 4 (1) (ब) वैधिक]

मैं, डा. ----- यांत्रिक प्राप्त, विकित्सा परिषद द्वारा कम संबंधित को, जो श्री/श्रीमती/कुमारी/का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी/पत्नी का/की है, जिसने अंग पर्याप्ति के श्री/श्रीमती/कुमारी/को जो श्री/श्रीमती/कुमारी/का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी हैं और वाता का निकट सातेदार है, संवान के बारे में स्वतंत्र और अवगत सहमति दी है, परीक्षा की है और उक्त वाता के स्वास्थ्य की वाता दीक्षा है तथा अंग निकाले जाने की प्रक्रिया के पर्याप्त होने के लिए विकित्सक बृत्या योग्य है।

स्थान-----
तारीख-----

हस्ताक्षर

प्रकल्प-3

[नियम 4 (1) (ग) वैधिक]

मैं, डा. ----- यांत्रिक प्राप्त, विकित्सा परिषद द्वारा कम संबंधित को, जो श्री/श्रीमती/कुमारी/का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी/पत्नी का/की है, वाता और श्री/श्रीमती/कुमारी/का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी/पत्नी का/की है, उक्त दाता द्वारा संदर्भ लिए गए अंग का प्राप्तिकर्ता, उनके अपने कथन के अनुसार आपस में शार्दूल/बहू/माता/पिता/पुत्र/पुत्री रूप में संबंधित हैं और इस नातेदारी का तथ्य प्राप्तिकरण समिति द्वारा उसके अनुमोदन पत्र संबंधित तारीख ----- से अनियन्त्रित रूपमा के अनुसार सामने प्रमुख उत्तर-संबोधिता प्रणाली, पर्याप्ति के प्रतिजनी उत्पादों के लिए जांच के परिणाम में स्थापित हो गया है।

स्थान-----
तारीख-----

हस्ताक्षर

प्रकल्प-4

[नियम 4 (1) (ब) वैधिक]

मैं, डा. ----- यांत्रिक प्राप्त, विकित्सा परिषद द्वारा कम संबंधित को, जो श्री/श्रीमती/कुमारी/का/की निवासी है और श्री/श्रीमती/कुमारी/का/की निवासी है, उनके द्वारा दिए गए कथन के अनुसार आपस में पति या पत्नी के रूप में संबंधित हैं और उनके कथन की श्री/श्रीमती/कुमारी/के शरीर से अंग निकाले जाने से पूर्व निम्नलिखित साध्य द्वारा पुष्ट हो गई है।

(1) केवल ऐसे मामलों में लागू, जहाँ आवश्यक सदाचार जाए।

(2) उपर उल्लिखित श्री या श्रीमती/की नैशानिक अवस्था ऐसी है कि उनके कथन का अभिलेखन साध्य नहीं है।

रजिस्ट्रीकून विकित्सा प्रबन्धालय के
हस्ताक्षरस्थान-----
तारीख-----

प्रकल्प-5

[नियम 4 (2) (क) वैधिक]

मैं, ----- का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी/पत्नी का/की निवासी, निये लिखे अवनियों की उल्लिखित में सुप्तप्त: यह प्रतिकार देता हूँ फिर मेरी मृत्यु के पश्चात मेरे जीवन से भेर अंग/अंगों, पर्याप्ति को विकित्सीय प्रयोजनों के लिए निकाल लिया जाए।

वाता के हस्ताक्षर
तारीख-----

(हस्ताक्षर)

1. श्री/श्रीमती/कुमारी—
 पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री—
 आयु—
 निवासी—

(हस्ताक्षर)

2. श्री/श्रीमती/कुमारी—
 पुत्र/पुत्री/पत्नी—
 निवासी—

—के इस में दाता का निकट नातेवार है।

तारीख—

प्रकल्प - 6

[नियम 4(2) (ब) देखिए]

मेरे का/की निवासी, जिसका श्री/श्रीमती/कुमारी—का जो का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी—आयु का/की का/की निवासी है, यह जानकारी रखते हुए कि मृतक ने अपनी मृत्यु के पश्चात चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए अपने धंग/धंगों को निकाले जाने के प्रति कोई आपत्ति अभिव्यक्त नहीं की है और यह विश्वास करने का कारण रखते हुए भी कि उबल मृतक के किसी निकट नातेवार को चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए उसके पारों के उपयोग करने पर कोई आपत्ति नहीं है, उसके पारों के धंगों, अथवा—के निकाले जाने के लिए प्राधिकृत करता हूँ/करती हूँ।

स्थान—

तारीख—

हस्ताक्षर

वाल का विधिपूर्ण काला करने वाला व्यक्ति पता—

प्रकल्प - 7

[नियम 4(2) (ध) देखिए]

मेरे श्री/श्रीमती/कुमारी—, जिसका श्री/श्रीमती/कुमारी—के, जो का/की है, यह पर विधिपूर्ण काला है, इस जानकारी के पक्ष्वात कि मृतक द्वारा अपनी मृत्यु के पश्चात चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए अपने भानव धंग का उपयोग करने के प्रति कोई आपत्ति या अभिव्यक्ति नहीं की थी और यह विश्वास करने का कारण रखते हुए भी कि मृतक अवक्षित के किसी निकट नातेवार को मत व्यक्ति के धंग का चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए उपयोग करने पर कोई आपत्ति नहीं है, भृतक के धंग अथवा—को निकाले जाने के लिए प्राधिकृत करता/करती हूँ।

हस्ताक्षर—

नाम—

पता—

तारीख—

समय—

प्रकल्प - 8

[नियम 4(3) (क) और (ब) देखिए]

हम, चिकित्सा विशेषज्ञ थोर्ड के निम्नलिखित सदस्य, सावधानीपूर्वक वेयरिक परीक्षा के पश्चात यह प्रमाणित करते हैं कि श्री/श्रीमती/कुमारी—जो लगभग—आयु का/की, का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी—का/की निवासी है, मस्तिष्क-स्तंभ के सभी कार्य स्थायी और अपपरिवर्तनीय रूप से समाप्त हो जाने के कारण मृत हो गया/गई है हमारे द्वारा किए गए परीक्षण और उनके निष्कर्ष इससे उपरान्त मस्तिष्क स्तंभ मृत्यु प्रमाणपत्र में अनिवार्य है।

तारीख—

हस्ताक्षर—

- आर. एम. पी., उस अस्पताल का भारसाधक, जिसमें मरिंजक संभ समय हुए हैं।
- समुचित प्राधिकारी द्वारा घनमोरित नामों के पैनल में से नामित तंत्रिका विज्ञानी/तंत्रिका वाल्य चिकित्सक

- समचित प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित नामों के पैनल में से नामित आर. एम. पी.
- पूर्वोक्त मत व्यक्ति का उपचार करने वाला धार. एम. पी.।

मरिंजक संभ समय घटना प्रमाणपत्र

(अ) रोगी के ब्यौरे

१. रोगी का नाम पुल/पुर्णी/पत्नी

स्त्री/स्त्रीमती —————
स्त्री —————
लिंग —————

२. धर का पता

३. अस्पताल संबंधी

४. घरसे निकट संबंधी या रोगी के सिए उत्तरदायी व्यक्ति का नाम द्वारा पता

(यदि कोई नहीं है, तो यह विनिर्दिष्ट किया जाना चाहिए)

५. क्या रोगी या अस्पता निकट संबंधी किसी प्रतिरोध के लिए शाहूमत है?

६. क्या यह युलिस मामला है?

(पा) पूर्व-वर्णाएँ

१. निवास :

क्या रोगी कोई शीमारी या बुर्जटना से पीड़ित या किसी अपरिवर्त्य मरिंजक क्षति हुई? ब्यौरे विनिर्दिष्ट करें: —————

बुर्जटना/शीमारी होने की तारीख और समय —————

आवेदनशील अवैतनावस्था होने की तारीख और समय —————

२. चिकित्सा - विशेषज्ञ बोहे के निष्कर्ष :

(i) अवैतनावस्था के निम्नलिखित प्रतिवर्त्य कारण अपवर्जित किए गए हैं:—

मस्तकात्तर एल्कोहॉल

प्रावसाधक शीघ्रतायां

विद्युत (तंत्रिकापेशीय अवरोधक कारक)

पहली चिकित्सा परीक्षा

दूसरी चिकित्सा परीक्षा

पहली दूसरी पहली दूसरी

प्राथमिक अविकाप

हाइपोकोलैनिक प्रवार्ता

उपायपद्धति या अंतः ताप अव्यवस्था

मरिंजक संभ जायों के न होने के लिए परीक्षण

(2) वैतनावस्था

(3) दृष्टि: वैतनावस्था संबंधित

(4) पुतलो का आकार

(5) पुतली परावृत्त प्रकाश

(6) पुतिलका शीर्ष नेत्र संचलन

(7) कार्निया परावृत्त (दोनों तरफ)

(8) किसी कपालीय तंत्रिक वितरण में आलक पेशी

प्रतिक्रिया बेहुल, अंग या छड़ के उत्तीर्ण की प्रतिक्रियाएँ

- (9) ईंग परावृत
- (10) खाणी (खास ग्रामानी)
- (11) हिंपालवीय वर्ष परीक्षण करने पर नेश संचलन
- (12) यथा-विनिदिष्ट अवश्यकन परीक्षण
- (13) क्षा कोई प्रश्नक्रम किया दिक्कार्द ही ही

प्रथम परीक्षण की तारीख और समय : _____

द्वितीय परीक्षण की तारीख और समय : _____

यह प्रमाणित किया जाता है कि रोपी की लगभग छह घंटे के अंतराल के पश्चात वो भारतवासीनीपूर्वक जीव की गई है और उपर अभिविजित निष्कर्षों के आधार पर श्री/सुश्री _____ को मस्तिक संभ मत घोषित किया जाता है।

1. चिकित्सा प्रणाली
मस्तिक का भारतीय
2. प्राधिकृत विशेषज्ञ
3. तंत्रिका विज्ञानी तंत्रिका शल्य चिकित्सक
कृपया लिखने वे : i. प्रथम परीक्षण और द्वितीय परीक्षण के बीच व्यन्तरम समय अंतराल छह घंटे का ही था।
ii. मं. 2 और मं. 3 भारतीय के भारतीय प्रणाली का इग समुचित प्राधिकारी हारा अनुमोदित विषयों के वेतन में से सहृदयित किए जाएंगे।

प्र० ८

(नियम 4 (3) (क) देखिए)

मे, श्री/श्रीमती _____ का/की निवासी अपने पुत्र/पुत्री श्री/सुश्री _____ आगु के, जिसकी मस्तिक संभ मृत्यु विधि के अनुसार सम्यक रूप से प्रमाणित की गई है, जब से चिकित्सीय प्रयोग के लिए अंग/अंगों, अथवा _____ के निकाले जाने के लिए प्राधिकृत करता/करती है।

हस्ताक्षर

नाम _____

स्थान _____

तारीख _____

प्र० १०

प्रतिरोपण के अनुमोदन के लिए प्राप्तवन

मिकट नालोदार से किए जीवित दाता

मुझे _____ का/की पुत्र/पुत्री पत्नी _____ का/की आगु
को/की निवासी, मेरे डाक्टर ने सूचित किया है कि मैं _____ से विडित हूँ और मुझे अपने शरीर में _____ के प्रतिरोपण से फायदा हो सकेगा।

ओर मैं, ----- का/की पुत्र/पुत्री पत्नी
 ----- का/की निवासी
 सेह और भास्ति के कारण, क्योंकि -----
 (कारण भरा जाए)

अंग ----- द्वारा ----- को संवाद करना चाहूँगा/चाहूँगी ।
 हम ----- और ----- ऐसा प्रतिरोपण
 (वाता) (प्राप्ति कर्ता)

किए जाने संबंधी अनुका के लिए प्राधिकरण समिति को आवेदन करते हैं।

हम निष्ठापूर्वक यह प्रतिक्षान करते हैं कि उपरोक्त विविच्चय किसी प्रसन्नक दबाव, उत्प्रेरण प्रभाव या प्रबोधन के बिना किया गया है और अंग प्रतिरोपण के सभी संभव परिणाम और विकल्प हमें स्पष्ट कर दिए गए हैं।

भावी वाता के हस्ताक्षर और पता

भावी प्राप्तिकर्ता के हस्ताक्षर और पता

प्रह्ल 11

अंग प्रतिरोपण करने के लिए अस्तवाल के रजिस्ट्रीकरण के लिए आवेदन-प्रह्ल

हिंदा में,

अंग प्रतिरोपण समुचित प्राप्तिकारी
 (राज्य या संघ राज्य क्षेत्र)

हम अंग प्रतिरोपण करने के लिए एक संस्था के रूप में मान्यता देते के लिए आवेदन करते हैं। अस्तवाल में उपलब्ध सुविधाओं के बारे में अपेक्षित आवाहन निम्नलिखित हैं :—

(अ) अस्तवाल :

- नाम -----
- अस्तवाल -----
- सरकारी/प्राप्तेट -----
- अध्यापन/अध्यापनेता -----
- पत्रक-मार्ग :

सदृक	हाँ/नहीं
रेल	हाँ/नहीं
विमान	हाँ/नहीं

- कुल विस्तारों की संख्या -----
- अस्तवाल में साक्षातों की संख्या -----
- वार्षिक बजट

9. प्रतिवर्ष आने वाले रोगी

(अ) शाल्य चिकित्सीय दब

- विस्तरों की संख्या—
- स्थायी कर्मचारियूंद सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
- अस्थायी कर्मचारियूंद सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
- प्रतिवर्ष की गई शाल्य क्रियाओं की संख्या—
- प्रतिरोपण के लिए उपलब्ध प्रक्रियित अप्रिक्त (कृपया प्रतिरोपण के अंग विवरिष्ट करें) :—

(इ) चिकित्सा दब

- विस्तरों की संख्या—
- स्थाई कर्मचारियूंद सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
- अस्थाई कर्मचारियूंद सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
- प्रतिवर्ष आने वाले रोगियों की संख्या—
- प्रतिवर्ष प्रथेश किए गए अंग प्रतिरोपण अस्थरियों की संख्या—

(ई) नियन्त्रण विज्ञान :

- स्थाई कर्मचारियूंद सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
- अस्थाई कर्मचारियूंद सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
- किए गए, शास्त्र क्रियाओं के नाम और उनकी संख्या—
- उपलब्ध उपस्कर के नाम और उनकी संख्या
- अस्पताल में शाल्य क्रियाएंटरों की कुल संख्या—
- शायातकीन शाल्य क्रिया एंट्रों की कुल संख्या—
- पृथक् अंग प्रतिरोपण शाल्यक्रिया थियेटर की संख्या—

(उ) गहन देखरेख एकक/दृश्यरोग एकक सुविधाएं :

- गहन देखरेख एकक में विस्तरों की कुल संख्या—

विद्यमान— सर्विद्यमान—

- गहन देखरेख एकक में विस्तरों की कुल संख्या—

3. प्रक्रियित

नस—
सफनीयित—

- गहन देखरेख एकक में उपस्करों के नाम और उनकी संख्या

(क) अन्य सहायक सुविधाएं :

प्रस्ताव भूमि में उपलब्ध सुविधाओं के आंकड़े :

(ए) प्रयोगशाला सुविधाएं :

- स्थाई कर्मचारीयूंद की उनके पदनाम सहित संख्या ।
- अस्थाई कर्मचारियूंद की उनके पदनाम सहित संख्या ।
- विभाग में किए गए अवैयणों के नाम ।
- उपस्लवध उपस्करों के नाम और उनकी संख्या ।

(टे) इनेक्सिंग सेवाएं :

- स्थाई कर्मचारीयूंद की उनके पदनाम सहित संख्या ।
- अस्थाई कर्मचारियूंद की उनके पदनाम सहित संख्या ।
- विभाग में किए गए अवैयणों के नाम

4. उपलब्ध उपस्कर्तां के नाम और उनकी संख्या ।

(ओ) रघुर विज्ञान सेवाएँ :

1. स्पाई फर्मेचारीवृन्द की उनके पदनाम सहित संख्या ।
2. अस्पाई फर्मेचारीवृन्द की उनके पदनाम सहित संख्या ।
3. दिवाग में किए गए ग्रान्वेलारों के नाम ।
4. उपसंबृद्ध सप्सरों के नाम और उनकी संख्या ।

(औ) रक्त चैक सुविधाएँ :

हां ————— नहीं —————

(अं) यथोक्त (आइलाइसिस) सुविधाएँ :

(अ) अन्य कार्यिक :

1. वृक्ष रसना विज्ञानी	हा/नहीं
2. तंत्रिका विज्ञानी	हा/नहीं
3. तंत्रिका शास्य चिकित्सक	हा/नहीं
4. भूत विज्ञानी	हा/नहीं
5. जी.आई. शल्य चिकित्सक	हा/नहीं
6. भाल चिकित्सा विज्ञानी	हा/नहीं
7. भौति क चिकित्साविद	हा/नहीं
8. सामाजिक कार्यकर्ता	हा/नहीं
9. प्रतिरक्षा विज्ञानी	हा/दही
10. दृद्यरोग विज्ञानी	हा/नहीं

उपर्युक्त सूचना मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही है और मुझे प्राप्तिकृत कार्यक्रम द्वारा अपनी सुविधाओं की किसी भी प्रकार की जांच पर कोई आपत्ति नहीं है। 1000 रु. के दौरे डाक्टरचैक संलग्न किया जा रहा है।

हस्ताक्षर—

प्रस्तुप 12

रजिस्ट्रीकरण प्रमाणप्रद

यह प्रमाणित किया जाता है कि स्थित प्रस्ताव का समुचित प्राविकारी द्वारा निरीक्षण किया गया है और निम्नलिखित अंगों का अंग प्रतिरोपन करने के लिए रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र अनुबंध किया जाता है ।

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

यह रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र जारी होने की तारीख से पांच वर्ष की प्रदूषिति के लिए विषिमात्र है।

छस्तापर

हमारी

प्रकृष्ट - 13

[उपनियम 8(2) देखिए]

ममचित् प्राधिकारी का कार्यालय

यह, प्रधिनियम के भक्ति अंग प्रतिरोपण करने के लिए रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र से नवीकरण के लिए _____
 (आस्ताना का नाम) से प्राप्तेन तारीख _____ के संदर्भ में ।

समुचित प्राविकारी, उपर्युक्त अस्पताल की सुविधाओं और स्वरमानों पर विचार करने के पश्चात् उक्त अस्पताल का रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र अंग संस्कारों पर अपने कानून के प्रयोग करने के लिए पांच वर्ष की वयस्थि के लिए नवीकृत करता है।

समुचित प्राधिकारी _____
स्थान _____
तारीख _____

MINISTRY OF HEALTH & FAMILY WELFARE
NOTIFICATION

New Delhi, the 4th February, 1995

G.S.R. 51(E).—In exercise of the powers conferred by sub-section(1) of Section 24 of the Transplantation of Human Organs Act, 1994 (42 of 1994), the Central Government hereby makes the following rules, namely:—

1. SHORT TITLE AND COMMENCEMENT

(1) These rules may be called the Transplantation of Human Organs Rules, 1995.

(2) They shall come into force on the date of their publication in the Official Gazette.

2. DEFINITIONS

(a) "Act" means the Transplantation of Human Organs Act, 1994 (42 of 1994);

(b) "Form" means a form annexed to these Rules;

(c) "Section" means a section of the Act;

(d) words and expressions used and not defined in these Rules, but defined in the Act, shall have the same meanings respectively assigned to them in the Act.

3. AUTHORITY FOR REMOVAL OF HUMAN ORGAN

Any donor may authorise the removal, before his death, of any human organ of his body for therapeutic purposes in the manner and on such conditions as specified in Form 1.

4. DUTIES OF THE MEDICAL PRACTITIONER

(1) A registered medical practitioner shall, before removing a human organ from the body of a donor before his death satisfy himself—

(a) that the donor has given his authorisation in Form 1;

(b) that the donor is in proper state of health and is fit to donate the organ, and shall sign a certificate as specified in Form 2.

(c) that the donor is a near relative of the recipient, and shall sign a certificate as specified in Form 3 after carrying out the following tests on the donor and the recipient, namely :—

(i) tests for the antigenic products of the Human Major Histocompatibility system HLA-A, HLA-B and HLA-DR using conventional serological techniques;

(ii) tests to establish HLA-DR beta and HLADQ beta gene restriction fragment length polymorphism;

(iii) where the tests referred to in sub-clause (i) and sub-clause (ii) do not establish a genetic relationship between the donor and the recipient, tests to establish DNA polymorphisms using at least two multi-locus gene probe;

(iv) where the tests referred to in sub-clause (iii) do not establish a genetic relationship between the donor and the recipient further tests to establish DNA polymorphisms using at least five single locus polymorphic probes.

(d) in case recipient is a spouse of the donor, record the statements of the recipient and the donor to the effect that that are so related and shall sign a certificate in Form 4.

(2) A registered medical practitioner shall, before removing a human organ from the body of a person after his death satisfy himself—

(a) that the donor had, in the presence of two or more witnesses (at least one of whom is a near relative of such person), unequivocally authorised as specified in Form 5 before his death, the removal of the human organ of his body, after his death, for therapeutic purposes and there is no reason to believe that the donor had subsequently revoked the authority aforesaid;

(b) that the person lawfully in possession of the dead body has signed a certificate as specified in Form 6 or Form 7.

(3) A registered medical practitioner shall, before removing a human organ from the body of a person in the event of his brainstem death, satisfy himself—

(a) that a certificate as specified in Form 8 has been signed by all the members of the Board of medical experts referred to in sub-section (6) of section 3 of the Act;

(b) that in the case of brain-stem death of a person of less than eighteen years of age, a certificate specified in Form 8 has been signed by all the members of the Board of medical experts referred to in sub-section (6) of Section 3 of the Act and an authority as specified in Form 9 has been signed by either of the parents of such person.

5. PRESERVATION OF ORGANS

The organ removed shall be preserved according to current and accepted scientific methods in order to ensure viability for the purpose of transplantation.

6. The donor and the recipient shall make jointly an application to grant approval for removal and transplantation of a human organ, to the Authorisation Committee as specified in Form 10.

7. REGISTRATION OF HOSPITAL

(1) An application for registration shall be made to the Appropriate Authority as specified in Form 11. The application shall be accompanied by a fee of rupees one thousand payable to the Appropriate Authority by means of a bank draft or postal order.

(2) The Appropriate Authority shall, after holding an inquiry and after satisfying itself that the applicant has complied with all the requirements, grant a certificate of registration as specified in Form 12 and shall be valid for a period of five years from the date of its issue and shall be renewable.

8. RENEWAL OF REGISTRATION

(1) An application for the renewal of a certificate of registration shall be made to the Appropriate Authority within a period of three months prior to the date of expiry of the original certificate of registration and shall be accompanied by a fee of rupees five hundred payable to the Appropriate Authority by means of a bank draft or postal order.

(2) A renewal certificate of registration shall be as specified in Form 13 and shall be valid for a period of five years.

(3) If, after an inquiry including inspection of the hospital and scrutiny of its past performance and after giving an opportunity to the applicant, the Appropriate Authority is satisfied that the applicant, since grant of certificate of registration under sub-rule (2) of Rule 7 has not complied with the requirements of this Act and the Rules made thereunder

and conditions subject to which the certificate of registration has been granted, shall, for reasons to be recorded in writing, refuse to grant renewal of the certificate of registration.

9. CONDITIONS FOR GRANT OF CERTIFICATE OF REGISTRATION

No hospital shall be granted a certificate of registration under this Act unless it fulfills the following requirement of manpower, equipment, specialised services and facilities as laid down below :—

GENERAL REQUIREMENT

1. Surgical Staff
2. Cardiology Staff
3. Nursing Staff
4. Communication System
5. Intensivist
6. Medical Social Worker
7. Perfusionist

VARIOUS DEPARTMENTS

1. Microbiology
2. Mycology
3. Pathology
4. Virology
5. Nephrology
6. Neurology
7. Psychology
8. G.I. Surgery
9. Anaesthesiology
10. Imaging Facilities
11. Paediatrics
12. Physiotherapy
13. Immunology
14. Haematology
15. Blood Bank
16. Clinical Chemistry
17. Cardiology.

NON-TRANSPLANTATION PROGRAMME TEAM

1. Neurologist
2. Neurosurgeon
3. Medical Superintendent
4. And Other Hospital Staff

BASIC EQUIPMENT

Operating Room facilities for routine open heart surgery which includes heart lung machine and accessories.

ADDITIONAL EQUIPMENT REQUIRED FOR TRANSPLANTATION PROGRAMME

1. Cell Saver
2. Assist devices like JABP, Centrifugal Pump and various assist devices, both pneumatic and electric operated.
3. Mobile C-arm, image intensifier for routine biopsies in the sterile operating room.
4. Eact/Alert System for early detection of any infection.
5. Radioimmunoassay for measuring Cyclosporin levels.
6. Routine Laboratory facilities for detection of HIV, Australia antigen, CMV, Toxoplasmosis and other Mycology Tests.

EXPERTS

(A) Kidney Transplantation

M.S. (Gen.) Surgery or equivalent qualification with three years post M.S. training in a recognised centre in India or abroad and having attended to adequate number of renal transplantation as an active member of team.

(B) Transplantation of Liver & Other Abdominal Organs

M.S. (Gen.) Surgery or equivalent qualification with adequate post M.S. training in an established centre with a reasonable experience of performing liver transplantation as an active member of team.

(C) Cardiac, Pulmonary, Cardio-Pulmonary Transplantation

M. Ch. Cardio-thoracic and vascular surgery or equivalent qualification in India or abroad with at least 3 years experience as an active member of the team performing an adequate number of open heart operations per year and well-versed with Coronary by-pass surgery and Heart-valve surgery.

10. APPEAL

(1) Any person aggrieved by an order of the Authorisation Committee under sub-section (6) of Section 9, or by an order of the Appropriate Authority under sub-section (2), of Section 15 and Section 16 of the Act, may, within thirty days from the date of receipt of the order, prefer an appeal to the Central Government.

(2) Every appeal shall be in writing and shall be accompanied by a copy of the order appealed against.

[F. No. S. 12011/2/94-MS]
O.P. NIGAM, Chief Controller of Accounts

FORM—1

(See rule 3)

I....., aged....., s/o, d/o, w/o, Mr....., resident of....., hereby authorise to remove for therapeutic purposes/consent to donate my organ, namely,....., to.....

(i) Mr./Mrs., s/o, d/o, w/o Mr., aged....., resident of....., who happens to be my near relative as defined in clause (i) of section 2 of the Act.

OR

(ii) Mr./Mrs. s/o, d/o, w/o Mr.
 aged resident of towards whom I possess special affection or attachments, or for any special reason (to be specified)

I certify that the above authority/consent has been given by me out of my own free will without any undue pressure, inducement, influence or allurement and that the purposes of the above authority/donation and of all possible complications, side-effects, consequences and options have been explained to me before giving this authority or consent or both.

Signature of the Donor

FORM-2

[See rule 4(1)(b)]

I, Dr. possessing qualification of registered as medical practitioner at serial No. by the Medical Council, certify that I have examined Shri/Smt./Km. s/o, d/o, w/o. aged whose free and informed consent about donation of the organ, namely to Shri/Smt./Km. s/o, d/o, w/o. who is near relative of the donor and that the said donor is in proper state of health and is medically fit to be subjected to the procedure of organ removal.

Signature

Place.

Dated.

FORM-3

[See rule 4(1)(c)]

I, Dr. possessing qualification of registered as med. practitioner at Serial No. by the Medical Council, certify that Mr./Mrs. s/o, d/o, w/o. aged the donor, and Mr./Mrs. s/o, d/o, w/o. aged the recipient of the organ donated by the said donor are related to each other as brother/sister/monther/father/son/daughter as per their statement and the fact of this relationship has been established by the results of the tests for Antigenic Products of the Human Major Histo-compatibility System, namely, by the Authorisation Committee as per the information contained in their letter of approval No. dated.

Signature

Place.

Dated.

FORM-4

[See Rule 4(1)(d)]



I, Dr. possessing qualification of registered as medical practitioner at serial No. by the Medical Council, certify that—

(i) Mr. s/o. aged resident of and Mrs. d/o, w/o. aged resident of are related to each other as spouse according to the statement given by them and their statement has been confirmed by means of following evidence before effecting the organ removal from the body of the said Shri/Smt./Km. (Applicable only in the cases where considered necessary).

OR

(ii) The Clinical condition of Shri/Smt. mentioned above is such that recording of his/her statement is not practicable.

Place.

Signature of Regd. medical practitioner

Dated.

FORM-5

[See rule 4(2)(a)]

I, s/o, d/o, w/o,
 aged resident of in the
 present of persons mentioned below hereby unequivocally authorise the removal of my organ/organs, namely,
 from my body after my death for therapeutic purposes.

Signature of the Donor

Dated

(Signature)

1. Shri/Smt./Km.
 s/o, d/o, w/o
 aged
 resident of

(Signature)

2. Shri/Smt./Km.
 s/o, d/o, w/o
 aged
 resident of
 is a near relative to the donor as

Dated

FORM-6

[See rule 4(2)(b)]

I, s/o, d/o, w/o
 aged resident of
 having lawful possession of the dead body of Shri/Smt./Km. s/o, d/o, w/o
 aged resident of
 having known that the deceased has not expressed any objection to
 his/her organ/organs being removed for therapeutic purposes after his/her death and also having reasons to believe that no near
 relative of the said deceased person has objection to any of his/her organs being used for therapeutic purposes authorise removal
 of his/her body organs, namely,

Signature

Dated

Place

Person in lawful possession of the dead body.

Address

FORM-7

[See rule 4(2)(b)]

I, Mr./Mrs./Miss , having lawful possession of the dead body of
 Mr./Mrs./Miss son of/daughter of/wife of
 aged resident of
 after having known that no objection was expressed by the deceased to any of his human organ being used after his death for therapeutic
 purposes and also having reason to believe that no near relative of the deceased person has objection to any of the deceased
 person's organ being used for therapeutic purposes, hereby authorise the removal of the deceased's organ, namely,
 for therapeutic purposes.

Signature

Name

Address

Time and date

FORM-8

[See rule 4(3)(a) and (b)]

We, the following members of the Board of medical experts after careful personal examination hereby certify that Shri/
 Smt./Km. son of/wife of/daughter of
 aged about

resident of is dead on account of permanent and irreversible cessation of all functions of the brain-stem. The tests carried out by us and the findings therein are recorded in the brain-stem death Certificate annexed hereto.

Dated :

Signatory :

1. R.M.P., Incharge of the Hospital in which brain-stem death has occurred.

2. R.M.P., nominated from the panel of names approved by the Appropriate Authority.

3. Neurologist/Neuro-Surgeon nominated from the panel of names approved by the Appropriate Authority.

4. R.M.P. treating the aforesaid deceased person.

BRAIN-STEM DEATH CERTIFICATE

(A) PATIENT DETAILS :

1. Name of the patient

Mr./Ms. _____

S.O./D.O./W.O. _____

Mr. _____

2. Home Address

Sex _____ Age _____

3. Hospital Number.

4. Name and Address of next of kin or person responsible for the patient (if none exists, this must be specified)

5. Has the patient or next of kin agreed to any transplant?

Yes _____ No _____

(B) PRE-CONDITIONS :

1. Diagnosis : Did the patient suffer from any illness or accident that led to irreversible brain damage? Specify details.

Date and time of accident/onset of illness _____

Date and onset of non-responsiveness _____

2. Findings of Board of Medical Experts :

(1) The following reversible causes of coma have been excluded :
Intoxication (Alcohol)

Depressant Drugs

Relaxants (Neuromuscular blocking agents)

First Medical Examination Second Medical Examination

1st 2nd 1st 2nd

Primary hypothermia

Hypovolaemic shock

Metabolic or endocrine disorders

Tests for absence of brain-stem functions

(2) Coma

(3) Cessation of spontaneous breathing.

- (4) Pupillary size
- (5) Pupillary light reflexes
- (6) Doll's head eye movements.
- (7) Corneal reflexes (Both sides)
- (8) Motor response in any cranial nerve distribution, any responses to stimulation of face, limb or trunk.
- (9) Gag reflex.
- (10) Cough (Tracheal)
- (11) Eye movements on colic testing bilaterally.
- (12) Apnoea tests as specified.
- (13) Were any respiratory movements seen?

Date and time of first testing:

Date and time of second testing :

This is to certify that the patient has been carefully examined twice after an interval of about six hours and on the basis of findings recorded above,

Mr./Ms. _____ is declared brain-stem dead.

1. Medical Administrator Incharge of the hospital

2. Authorised specialist.

3. Neurologist/Neuro-Surgeon

4. Medical Officer treating the patient.

NB. I. The minimum time interval between the first testing and second testing will be six hours.

II. No. 2 and No. 3 will be coopted by the Administrator Incharge of the hospital from the Panel of experts approved by the appropriate authority.

FORM—9

[See rule 4(3)(b)]

I, Mr./Mrs. _____ son of/wife of _____ resident of _____ hereby authorise removal of the organ/organs, namely _____ for therapeutic purpose from the deadbody of my son/daughter Mr./Ms. _____ aged _____ whose brain-stem death has been duly certified in accordance with the law.

Signature _____

Name _____

Place _____

Date _____

FORM—10

APPLICATION FOR APPROVAL FOR TRANSPLANTATION LIVE DONOR OTHER THAN NEAR RELATIVE

Whereas I _____ S/O, D/O, W/O, L/O _____ aged _____ residing at _____ have been informed by my doctor that I am suffering from _____ and may be benefitted by transplantation of _____ into my body.

and whereas I _____ S.O., D.O., W.O. _____ aged _____ residing at _____ by reason of affection and attachment because:

(reason to be filled in)

would like to donate my _____ to _____ we _____ (donor)

and _____ hereby apply to authorisation committee for permission for such transplantation to be carried out.

(Recipient)

We solemnly affirm that the above decision has been taken without any undue pressur induction, influence or allurement and that all possible consequences and options of organ transplantation have been explained to us.

Signature and address of prospective donor.

Signature and address of prospective recipient.

FORM II

APPLICATION FOR REGISTRATION OF HOSPITAL TO CARRY OUT ORGAN TRANSPLANTATION

To

The Appropriate Authority for organ transplantation
 (State or Union Territory)

We hereby apply to be recognised as an institution to carry out organ transplantation. The required data about the facilities available in the hospital are as follows :—

(A) HOSPITAL :

1. Name _____
 2. Location _____
 3. Govt./Pvt. _____
 4. Teaching/Non-teaching _____
 5. Approached by :

Road :	Yes	No
Rail :	Yes	No
Air :	Yes	No

6. Total bed strength : _____
 7. Name of the disciplines in the hospital _____
 8. Annual budget _____
 9. Patient turn-over/year _____

(B) SURGICAL TEAM :

1. No. of beds _____
 2. No. of permanent staff members with their designations _____
 3. No. of temporary staff with their designations _____
 4. No. of operations done per year _____
 5. Trained persons available for transplantation (Please specify organ for transplantation) _____

(C) MEDICAL TEAM :

1. No. of beds _____
 2. No. of permanent staff members with their designation _____
 3. No. of temporary staff members with their designation _____
 4. Patient turnover per year _____
 5. No. of potential transplant candidates admitted per year _____

(D) ANAESTHESIOLOGY :

1. No. of permanent staff members with their designations _____
 2. No. of temporary staff Members with their designations _____
 3. Name and No. of operations performed _____
 4. Name and No. of equipments available _____
 5. Total no. of operation theatres in the hospital _____
 6. No. of emergency operation-theatres _____
 7. No. of separate transplant operation theatre _____

(E) I.C.U./H.D.U. FACILITIES :

1. ICU/HDU facilities : _____
 2. No. of I.C.U. beds _____
 3. Trained _____

Present	Not present
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nurses
 Technicians

4. Name and number of equipments
in I.C.U.

(F) OTHER SUPPORTIVE FACILITIES:
Data about facilities available in the hospital.

(G) LABORATORY FACILITIES :

1. No. of permanent staff with their designations.
2. No. of temporary staff with their designations.
3. Names of the investigations carried out in the Deptt.
4. Name and number of equipments available.

(H) IMAGING SERVICES:

1. No. of permanent staff with their designations.
2. No. of temporary staff with their designations.
3. Names of the investigations carried out in the Deptt.
4. Name and no. of equipments available.

(I) HAEMATOLOGY SERVICES:

1. No. of permanent staff with their designations.
2. No. of temporary staff with their designations.
3. Names of the investigations carried out in the Deptt.
4. Name and number of equipments available.

(J) BLOOD BANK FACILITIES :

Yes _____ No _____

(K) DIALYSIS FACILITIES :

Yes _____ No _____

(L) OTHER PERSONNEL :

1. Nephrologist	Yes/No
2. Neurologist	Yes/No
3. Neuro-Surgeon	Yes/No
4. Urologist	Yes/No
5. G.I. Surgeon	Yes/No
6. Paediatrician	Yes/No
7. Physiotherapist	Yes/No
8. Social Worker	Yes/No
9. Immunologists	Yes/No
10. Cardiologist.	Yes/No

The above said information is true to the best of my knowledge and I have no objection to any scrutiny of our facility by authorised personnel. A Bank Draft/cheque of Rs. 1,000/- is being enclosed.

Sd/-
HEAD OF THE INSTITUTION

FORM-12

CERTIFICATE OF REGISTRATION

This is to certify that _____ Hospital located at _____ has been inspected by the Appropriate Authority and certificate of registration is granted for performing the organ transplantation of the following organs.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

This certificate of registration is valid for a period of five years from the date of issue.

Signature _____

Signature _____

FORM-13

[See sub-rule 8(2)]

OFFICE OF THE APPROPRIATE AUTHORITY

This is with reference to the application, dated _____ from _____ (Name of the hospital) for renewal of certificate of registration for performing organ transplantation, under the Act.

After having considered the facilities and standards of the above-said hospital, the Appropriate Authority hereby renews the certificate of registration of the said hospital for the purpose of performing organ transplantation for a period of five years.

Appropriate Authority _____

Place _____

Date _____

